UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1935-1936

N° 133

SUR QUELQUES CAS DE FORME FLORIDE DU CANCER DE L'ESTOMAC

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 24 Juillet 1936

PAR

Pierre BORROS

né à Sigoulès (Dordogne), le 8 août 1912

Examinateurs de la Thèse

MM. PAPIN, professeur ..... *Président.*

JEANNENEY, professeur ..... *Juges*

PIECHAUD, agrégé ..... *Juges*

DE GRAILLY, agrégé ..... *Juges*

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1936

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1935-1936

N° 133

SUR QUELQUES CAS DE FORME FLORIDE DU CANCER DE L'ESTOMAC

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 24 Juillet 1936

PAR

Pierre BORROS

né à Sigoulès (Dordogne), le 8 août 1912

Examinateurs de la Thèse :

MM. PAPIN, professeur ..... *Président.*

JEANNENEY, professeur ..... *Juges*

PIECHAUD, agrégé ..... *Juges*

DE GRAILLY, agrégé ..... *Juges*

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen ..... M. MAURIAC
Assesseur ..... M. LABAT
Doyen honoraire ..... M. C. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE,
RIVIÈRE, BARTHE, DENIGES, BEILLE, CASSAET, CHAVANNAZ, PACHON

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC. DUPÉRIÉ	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROCHER
Clinique chirurgicale	BEGOUIN.	Clinique médicale des maladies des enfants	CRUCHET
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Chimie biologique et médicale	DELAUNAY
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.	Physique médicale et pharmaceutique	C. SIGALAS.
Clinique d'accouchements.	ANDERODIAS.	Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques	BONNIN
Anatomie pathologique et microscopie clinique	SABRAZES.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PETGES.
Anatomie	VILLEMIN.	Clin. des mal. des voies urinaires	DUVERGEY
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE
Hygiène	LEURET.	Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	FORTMANN.
Médecine légale et déontologie	LANDE	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale	RÉCHOU	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX
Chimie	CHELLE,	Clinique dentaire	DUBECQ.
Botanique et matière médicale	GOLSE.		
Pharmacie	DUPOUY		
Zoologie et parasitologie.	MANDOUL		
Médecine expérimentale.	AUBERTIN.		
Clinique ophtalmologique.	TEULIERES.		

LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).
PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale)

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM
Anatomie	N.	Chirurgie générale	CHARRIER. LOUBAT.
Anatomie	DUFOUR.	Obstétrique	RIVIERE.
Physiologie	FABRE.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX
Médecine générale	DAMADE PIECHAUD. DELMAS-MARSALET. DE GRAILLY FONTAN	Oto-Rhino-Laryngologie	DESPONS
		Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
		Physique médicale	WANGERMEZ
		Chimie générale pharmaceutique et toxicologie	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Physiologie	FABRE	Pharmacie chimique	VITTE
Médecine opératoire	F. PAPIN	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Accouchements	RIVIERE.	Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Botanique	GIRARD.
Ophtalmologie	CABANNES (en congé)	Médecine légale	DERVILLÉE
Puériculture	FAUGERE.	Bactériologie	MOUREAU
		Urologie	DARGET

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes ..... MM. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

LE DOCTEUR PIERRE BORROS

A LA MEMOIRE DE MON PERE

LE DOCTEUR RENÉ BORROS

Mort pour la France.

A MA MERE

Faible témoignage d'une très grande affection et d'une très vive reconnaissance pour tout ce qu'elle a fait pour moi.

A MA GRAND'MERE

A MA SŒUR, A MON FRERE

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A TOUS MES CAMARADES D'ETUDE

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTE

ET DE L'HOPITAL

A Monsieur le Professeur agrégé de GRAILLY

médecin des hôpitaux de bordeaux
chef de travaux d'anatomie pathologique

Qui nous a suggéré cette thèse et que nous remercions bien vivement de ses conseils, de sa bienveillance et de son aimable accueil.

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur PAPIN

CHARGÉ DE COURS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-ANDRÉ
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Ayant suivi votre service de chirurgie générale à l'hôpital Saint-André et celui de gynécologie à l'hôpital Boursier, j'ai gardé de votre enseignement de précieux souvenirs. La clarté dans les idées, le don d'observation, le raisonnement simple et méthodique qui sont la base de vos leçons m'ont été des plus profitables. L'intérêt que vous m'avez témoigné au cours de mes cinq années d'étude m'a toujours touché. Je vous prie d'en recevoir ici l'expression de ma vive et respectueuse reconnaissance.

Chapitre I

GENERALITES

Le cancer de l'estomac, tumeur des plus fréquentes, a ordinairement une symptomatologie qui lui est propre et qui lui donne une allure clinique personnelle. Cet ensemble de signes est bien connu et n'a point besoin d'être rappelé.

Néanmoins, lorsqu'on examine des sujets atteints de tumeur de l'estomac, on est frappé, si du moins l'examen radiologique suivi de l'examen histologique, a vraiment signé le diagnostic, de voir que les données classiques ne correspondent pas toujours à la réalité des faits. Non seulement, en effet, la symptomatologie du néoplasme gastrique est des plus variables et des plus capricieuses, mais il arrive encore que beaucoup de signes que l'on relève habituellement dans le tableau clinique de cette tumeur sont à peine marqués et quelquefois même absents.

La question se complique encore par le fait suivant : l'estomac est aussi le siège d'une autre affection non moins fréquente qui est l'ulcère. Or, les données fondamentales qui l'opposent au cancer et qui sont d'un élément précieux pour l'établissement du diagnostic différentiel, peuvent très bien n'être d'aucun secours.

Ces données, bien connues, sont surtout les suivantes : d'un côté, c'est un syndrome dyspeptique avec hyperchlorhydrie, de l'autre, c'est une hypochlorhydrie avec quelquefois anachlorhydrie.

Dans la majorité des cas, ces constatations sont exactes,

mais, dans beaucoup d'autres, ces mêmes constatations n'indiquent plus rien.

Un ulcère peut dégénérer et devenir néoplasme. L'histologie seule va faire le diagnostic.

Il y a donc une multiplicité de formes cliniques qui montrent la diversité des aspects que peut revêtir le cancer. Bard, ne dit-il pas, en effet : « Le cancer de l'estomac constitue assurément une affection bien définie, une véritable espèce morbide. Il n'en présente pas moins une variété de symptomatologie et d'évolution qui rend fort dissemblables les divers malades qui en sont atteints.

Il nous paraît intéressant de rappeler ces formes diverses dont nous avons trouvé un tableau assez complet dans un article du traité de médecine de Roger Widal et Teyssier (tumeurs gastriques par Le Noir et Agasse-Lafont) :

1° Certaines formes ont un tableau particulier, en raison de la localisation du néoplasme : le cancer du cardia, si du moins il provoque le rétrécissement, revêt l'apparence du cancer de l'extrémité inférieure de l'œsophage avec lequel il risque d'être confondu. Il y a dysphagie précoce, vomissements très rapprochés des repas.

Le cathétérisme, l'œsophagoscopie ou les rayons X vont montrer l'obstacle au passage des aliments.

S'il n'y a pas de sténose, ce cancer n'a pas d'individualité propre.

Le cancer du pylore, par contre, est beaucoup plus fréquent. Il en détermine le rétrécissement et se trouve alors constitué le tableau clinique de la sténose pylorique : douleurs violentes provoquées par les contractions de la paroi stomacale cherchant à évacuer son contenu par un orifice diminué, vomissements fétides d'aliments putréfiés ou fermentés, ondulations péristaltiques. Le liquide de stase est abondant à odeur aigre et fétide, les débris alimentaires y sont nombreux. L'examen chimique du repas d'épreuve montre de l'anachlorhydrie.

Les cancers des faces et des courbures peuvent, par contre, rester silencieux beaucoup plus longtemps.

2° Certaines formes, par leur symptomatologie anormale peuvent induire en erreur et faire croire à l'affection dont le symptôme principal se trouve en tête également dans le cancer.

C'est ainsi que l'on a :

Des formes anémiques. — Le tableau gastrique est au deuxième plan ou même n'existe pas. L'attention du malade et du médecin est uniquement attirée par cette anémie intense avec vertiges, palpitations, asthénie, bourdonnements d'oreilles. L'examen du sang va montrer une diminution considérable du chiffre des globules rouges qui peut tomber, dans des cas extrêmes, à 500.000. Naturellement, leur modification qualitative se trouve aussi réalisée: poïkilocytes, globules rouges nucléés et myélocytes. Devant un tel tableau, il serait assez curieux de ne pas penser à l'anémie.

Des formes hydropiques. — Nous ne voulons pas parler de l'œdème des membres inférieurs surtout qui est le cortège habituel de la période cachectique de tout cancer. Il s'agit seulement d'un œdème qui se manifeste à une période bien moins avancée de la maladie et qui peut faire penser, tout d'abord, à l'existence d'une cardiopathie, d'un mal de Bright ou d'une cirrhose. Mais l'examen de ces divers organes est négatif. Cet œdème peut être péritonéal et constituer la forme ascitique qu'il sera bien difficile de séparer de l'ascite de la péritonite tuberculeuse. L'étude du liquide de ponction pourra donner quelques éléments de diagnostic.

Des formes dyspeptiques. — De l'anorexie avec quelques troubles douloureux lors des digestions sont à peu près tous les symptômes. Pour peu que l'examen soit sommaire

et le sujet assez jeune, l'attention du médecin est surtout attirée vers une gastrite banale devant céder à quelques éléments d'hygiène alimentaire.

3° Une forme extrêmement curieuse est la forme des vomissements incoercibles de la grossesse. On se trouve en présence d'une femme enceinte qui présente des vomissements. C'est un symptôme banal de cet état-là et qui n'attire en aucune façon l'attention. Au contraire, c'est un des signes de probabilité de la grossesse. Peu à peu, ces vomissements deviennent de plus en plus fréquents et incoercibles. Leur traitement, par les divers moyens classiques, n'amène, en aucune façon, leur sédation. L'avortement, pratiqué dans un but thérapeutique, n'est suivi d'aucun résultat. Presque toujours, ces femmes meurent vers la fin de la grossesse. C'est l'autopsie, qui, en montrant la tumeur au niveau de l'estomac, va donner le diagnostic exact et le substratum anatomique de ces vomissements.

Une observation très démonstrative à cet égard est celle publiée par M. Féréol dans les *Annales de Gynécologie* pour 1874, p. 175.

Il s'agit d'une malade présentant, depuis quatre ans, des pituites matinales, ne reposant pas sur un fond d'éthylisme. A part ce trouble, aucun autre symptome gastrique.

En septembre, ses règles viennent à manquer, ses vomissements simplement glaireux deviennent alimentaires et, au fur et à mesure, que sa grossesse avance en âge, les vomissements augmentent en abondance et prennent les caractères classiques des vomissements incoercibles : amaigrissement rapide et considérable avec une anorexie de plus en plus marquée. On tente l'avortement thérapeutique et la malade accouche d'un fœtus de 6 mois qui meurt presque aussitôt. Les vomissements cessent une quinzaine de jours, puis ils reprennent. Une diarrhée abondante s'installe avec œdème des jambes. La malade refuse toute alimentation et succombe dans le coma. A l'autopsie, on voit une tumeur énorme de toute la petite courbure.

4° On note également des *formes cardiaques*. Dans ces cas là, le malade est cardiaque et cancéreux ou bien le cancer détermine une péricardite purulente avec métastases de pronostic fatal (Société anatomique, 1876 — Observation de M. Mossé).

5° *Des formes cachectiques*. — Ces formes ont une symptomatologie gastrique à peu près nulle qui n'a de valeur qu'associée à la débilitation graduelle du malade. L'anémie, l'amaigrissement, la cachexie lente forment un cortège de signes tout à fait en faveur d'un néoplasme (Société anatomique, 1862, p. 30).

6° Prevedourakis, dans un article du *Paris-Médical* (30 mars 1929) a décrit un néoplasme de l'estomac à *forme boulimique*. Cet auteur cite plusieurs observations de malades atteints de néoplasme gastrique, ayant conservé jusqu'au bout un appétit plus que normal qu'il appelle boulimie. On pourrait croire que ces sujets, de par leur excellent appétit, ont un aspect général satisfaisant : il n'en est rien. Ces observations concernent des sujets profondément amaigris, quelques-uns même cachectiques. Les vomissements très abondants qu'ils présentent presque tous contrebalancent les effets heureux de leur appétit.

7° *Des Formes latentes*. — Ces formes sont extrêmement intéressantes et du plus haut intérêt thérapeutique. Elles sont, en effet, difficiles à diagnostiquer précocement, en raison de la pauvreté des signes cliniques.

La thèse de Chesnel : *Etude clinique sur le cancer latent de l'estomac* (Paris, 1877), quoique déjà ancienne, mérite d'être examinée en détail. Cet auteur insiste sur le fait que de nombreux cliniciens et non des moindres ont été trompés par le cancer latent dont le nombre d'observations est assez considérable pour nécessiter « non pas une thèse, mais un volume ». Avec la latence de l'affection, il insiste

sur la diversité des symptômes qui paraissent parfois n'avoir aucun rapport avec une maladie gastrique.

Nous allons citer quelques observations caractéristiques de cette forme et que nous extrayons toujours de cette thèse :

Observation I

(Société anatomique, 1854, Tome IV, 2e série, page 19.)

M. Perrin présente l'estomac d'un ancien militaire, mort subitement d'apoplexie. Cet homme jouissait d'une bonne santé auparavant, diarrhée cependant depuis longtemps. A l'autopsie, on trouve une tumeur de la grande courbure se propageant au colon transverse.

Observation II

(Communiquée à la Société de Chirurgie dans sa séance du 3 août 1852, par M. Laborie, médecin au Vésinet).

Un convalescent d'un rhumatisme articulaire aigu, quittant l'hôpital, meurt d'une hématémése subite. A l'autopsie, tumeur de la petite courbure.

Observation IV

(Société anatomique, Tome IX.)

M. Vernois présente un cancer gélatiniforme du pylore trouvé par hasard chez un sujet mort de ramollissement. Aucun signe pendant la vie.

Observation V

(Société anatomique, Tome IX.)

M. Ribes, fils, présente un cancer de l'estomac recueilli sur un sujet de 55 à 60 ans, n'ayant présenté aucun symptôme si ce n'est un refus d'alimentation depuis moins d'un mois. A l'autopsie, induration de la petite courbure jusqu'aux deux orifices.

Observation VI

(Société anatomique, Tome XIII, page 66.)

M. Fauvel présente une tumeur cancéreuse siégeant sur la petite courbure chez un sujet dont cette affection n'avait donné lieu, pendant la vie, à aucun symptôme.

La découverte du cancer dans ces observations a été une surprise d'amphithéâtre et, de plus, certains étaient de vieille date. Si on avait le soin de faire systématiquement l'autopsie de toute personne décédant à l'hôpital, il est probable que les constations de ce genre seraient bien plus nombreuses. Le législateur, en règlementant les autopsies, en a décidé autrement.

La pathogénie de ces formes latentes, toujours d'après Chesnel, est avant tout une question de siège. Nous l'avons, nous-même, déjà noté : les néoplasmes des orifices ont une symptomatologie plus précoce et plus bruyante, en raison des signes de sténose, tandis que la tumeur des faces a des signes plus flous et peut rester longtemps silencieuse à moins d'hématémèse.

A côté de la question de siège, une autre question non moins importante peut-être, est celle du terrain.

Chacun sait que le cancer survenant chez un sujet jeune se manifestera avec beaucoup plus d'acuité que chez un sujet âgé.. Son allure clinique sera beaucoup plus aiguë et beaucoup plus rapide. Andral cite dans sa clinique. tome II, page 110, le fait d'un jeune garçon de 22 ans qui succomba après des douleurs atroces. Il explique par ce fait que le système nerveux, plus développé chex lui en raison de son âge, était plus affecté et ressentait plus énergiquement la douleur. En opposition avec ce fait, on connaît la latence des cancers du sein chez les vieilles femmes ou squirrhes indolents. Il en est de même pour le cancer de l'estomac chez le vieillard où la symptomatologie peut être extrèmement réduite.

Le sexe, au point de vue pathogénique, ne nous apprend rien : les hommes semblent cependant plus frappés que les femmes.

La réaction personnelle au cancer de l'estomac varie selon les sujets. C'est une question de tempérament et de constitution. Chesnel conclut sur ce point par cette idée plutôt simple mais qui paraît assez vraisemblable : « Logiquement, une personne nerveuse doit présenter des symptômes plus accusés qu'une personne lymphatique et un sujet vigoureux a des sensations plus fortes qu'un sujet faible et débilité. »

On voit donc que successivement le siège du cancer, le terrain sur lequel il évolue avec la réaction personnelle du sujet, le sexe nous expliquent un peu la cause de la latence de ces tumeurs.

Un autre point va nous donner des explications plus complètes : c'est l'état de l'estomac autour du cancer. Si la lésion néoplasique est limitée, n'intéressant qu'une petite partie de l'estomac, les phénomènes digestifs pourront être réalisés dans la partie restée saine et la sécrétion du suc gastrique y sera assez abondante.

Si maintenant on se trouve en présence d'une forme dif-

fuse et profonde annihilant par son étendue la sécrétion gastrique, les symptômes fonctionnels seront marqués rapidement.

L'état de la muqueuse est aussi à considérer. La tumeur peut l'infiltrer et donner plutôt des signes dyspeptiques. Chesnel n'ose pas conclure à un rapport immédiat entre l'état de cette muqueuse et la clinique. Il se borne à soulever ce problème et à « appeler l'attention des anatomopathologistes sur les deux points suivants : l'état de la muqueuse dans les cancers infiltrés qui demeurent latents et l'état de la muqueuse autour des tumeurs cancéreuses ou des ulcères et, en général, des lésions cancéreuses limitées ».

En fin de compte, pour résumer ces notions, sur le cancer latent de l'estomac et en tirer des déductions cliniques, trois erreurs sont à éviter : « D'abord de prendre une cachexie simple s'accompagnant accidentellement de dyspepsie pour une cachexie symptomatique d'un cancer latent ; en second lieu, de confondre la dyspepsie qui suit une cachexie longtemps prolongée, avec une dyspepsie primitive de cause stomacale. Enfin, de considérer une dyspepsie symptomatique ou sympathique comme ayant son point de départ dans une altération de l'estomac, ou de prendre la dyspepsie de l'ulcère simple pour une dyspepsie d'origine cancéreuse (Chesnel, p. 109).

Chapitre II

LA FORME FLORIDE

Ces formes latentes ont ceci de particulier, c'est qu'elles s'accompagnent le plus souvent d'un état général assez bon avec une santé parfois satisfaisante. Nous aboutissons ainsi à une autre forme de cancer sur laquelle nous allons insister : c'est une forme que nous appellerons floride. Elle se caractérise par les deux faits suivants :

1° Elle a une symptomatologie assez fruste, assez banale, qui ne permet pas de la considérer comme latente, mais comme demi-latente.

2° Ces quelques troubles dyspeptiques s'accompagnent de conservation de santé et d'un état général floride.

Ces tumeurs sont déjà avancées, souvent même inopérables, au moment où les malades viennent pour la première fois demander avis médical.

Cette symptomatologie banale et cet état général floride sans anémie, du moins cliniquement, sont donc l'originalité de ces formes rares dont nous rapportons quelques cas.

Nous allons citer une observation des docteurs Lefèvre, J. Delmas-Marsalet et de Grailly, tout à fait caractéristique et qui illustre d'une façon parfaite l'énoncé ci-dessus.

Observation I

Une femme de 45 ans vient à la consultation du docteur de Grailly. Son médecin traitant qu'elle a vu est le docteur J.

Delmas-Marsalet. C'est une femme robuste, au teint coloré qui dit souffrir un peu de l'estomac depuis quelques semaines. Elle est commerçante et, de par son métier, obligée de manger assez vite à des heures irrégulières. Elle ne vomit pas, ne présente pas de diarrhée, seulement quelques aigreurs. De plus, elle n'a pas maigri.

Le Dr de Grailly n'ayant absolument rien constaté à l'examen physique pense que quelques conseils d'hygiène alimentaire vont rétablir la situation qui ne paraît certes pas menaçante.

Mais, la malade en se rhabillant demande : « Qu'allez-vous me donner, docteur, pour me calmer ces tenaillements ? » Ce mot insolite et imagé frappe le docteur de Grailly. Il l'examine de nouveau, mais, comme pour la première fois, l'examen est négatif. Cependant, en interrogeant plus à fond la malade, il apprend que ces tenaillements ont été accompagnés de vomissements et une fois, les aliments de la veille ont été rejetés. Le diagnostic d'une sténose pylorique est envisagé d'origine plutôt ulcéreuse, en raison de la floridité de la malade.

La radiographie montre une région pylorique peu nette. Adhérences ? L'examen chimique du suc gastrique indique de l'anachlorhydrie.

Le docteur Lefèvre l'ayant vue entre temps porte le diagnostic de cancer de l'estomac.

La malade entre à la clinique où elle présente de l'ictère et quelques douleurs. On réforme le diagnostic et on pense alors à une lithiase biliaire, avec adhérence au carrefour. L'intervention étant décidée, on fait une laparotomie que l'on estime devoir être exploratrice. A la grande stupéfaction, on aperçoit à l'ouverture, un cancer de l'estomac généralisé au péritoine, au pancréas, au foie avec ascite hémorragique. Mort 12 heures après.

Après cette observation vraiment typique, nous allons

en citer cinq autres, les deux premières sont dues à l'obligeance du Professeur Papin et les deux suivantes nous ont été aimablement communiquées par le Docteur Lefèvre ; la dernière nous a été fournie par le Docteur Joseph Traissac.

Malgré tous nos efforts de recherche, nous n'avons pas pu trouver, dans la littérature, jusqu'à ce jour, des observations rentrant dans notre cadre. La forme floride du cancer de l'estomac n'a jamais été décrite, à notre connaissance du moins. La forme latente qui s'en rapproche le plus a, au contraire, inspiré de nombreux auteurs et de nombreuses thèses. Cependant, les différences entre ces deux formes ne nous permettent pas de faire état, si ce n'est pour mention, des diverses observations relatées dans ces ouvrages.

Observation II

Mlle D..., 42 ans, opérée à la clinique Pasteur. Malade du Docteur B... Cette dame est atteinte d'accidents de sténose pylorique. Son histoire gastrique date de très nombreuses années et remonte à dix ans au moins. Depuis cette époque, elle a des douleurs gastriques par période qui reproduisent tout à fait le type des douleurs d'ulcère d'estomac ; des accidents de sténose se surajoutant depuis quelque temps, l'opération a été décidée.

Cette femme a maigri un peu depuis que les accidents de sténose ont restreint son alimentation. Mais, son aspect général est encore très bon. L'amaigrissement, en particulier, est modéré et s'explique très bien par la restriction alimentaire qu'a dû s'imposer la malade. Il ne semble pas du tout avoir dépassé cette mesure. Le teint est rose, la malade a conservé toute son activité et son appétit.

A l'opération, on fait une gastro-entérostomie postérieure trans-méso-colique dont les suites sont parfaitement simples.

Mais, en se proposant dans un second temps de faire une pylorectomie, car le pylore présente une induration un peu étendue qui paraît suspecte. Le médecin de la malade considère que cette seconde intervention est tout à fait superflue et il insiste pour qu'on s'en tienne à la première. Finalement, trois semaines après, la gastro-entérostomie, on intervient de nouveau : pyloro-gastrectomie. L'examen histologique de la lésion pylorique faite par les Docteurs Bonnard et Piéchaud conclut à l'existence d'un épithélioma cylindrique.

Cette malade, restée bien portante, pendant dix-huit mois, fit à ce moment-là une métastase pelvienne dont elle mourut par la suite.

Observation III

M. C..., opéré pour des accidents de sténose du pylore, est un homme très grand et très fort qui souffre de l'estomac depuis quelques années et qui est soigné médicalement par un traitement anti-ulcéreux. Depuis quelques mois, le traitement reste inefficace et le malade se décide à l'opération parce qu'il continue à souffrir, mais il a l'aspect général excellent. Il a cependant légèrement maigri dit-il, mais il pèse encore une centaine de kilogs. Son teint est rouge et il donne les apparences, à qui ne connaît pas son histoire, d'une parfaite bonne santé.

Au mois de mars 1929, laparotomie et, sur la demande du médecin qui assiste à l'opération, simple gastro-entérostomie postérieure trans-méso-colique, bien qu'il existe sur la petite courbure, deux doigts au-dessus du pylore, une induration qui paraît suspecte au chirurgien et pour laquelle celui-ci désirerait faire une gastrectomie. Le médecin et la famille s'y opposent, devant le bon état général du malade qui semble exclure toute idée de néoplasme. Guérison opératoire très simple.

Dans le courant de l'année, cet homme maigrit rapidement et fait des métastases hépatiques dont il meurt.

Observation IV

Mme S..., 44 ans, vient consulter le 14 août 1934, le docteur Lefèvre pour des douleurs d'estomac. La malade raconte qu'elle fait remonter le début de l'accident actuel à 25 ans. A ce moment-là, elle présentait des crises douloureuses survenant vers onze heures le matin et vers cinq à six heures du soir : c'était une douleur au creux épigastrique sans irradiation spéciale. Elle souffrait ainsi tous les jours pendant un mois environ, puis survenait une période de calme de plusieurs mois. Ayant vu son médecin, elle était soignée pour gastrite nerveuse. Durant ces 25 ans, elle a ainsi des périodes douloureuses deux à trois fois par an séparées par des intervalles de calme.

Depuis huit mois, les douleurs, à la suite d'une crise plus violente, ont persisté. Elle souffre tous les jours à onze heures et à six heures le soir.

Depuis juillet, après l'ingestion de crevettes, les douleurs sont devenues plus vives réveillant la malade chaque nuit vers trois heures du matin. Parfois, elle a la sensation d'une boule qui se tend au creux épigastrique et quelques nausées.

Inspection. — C'est une femme bien colorée dont l'amaigrissement n'est pas perceptible et qui paraît jouir d'une bonne santé.

Palpation. — Rien de spécial.

Radiographie. — Sur plusieurs clichés, on note une déformation persistante de la région prépylorique avec une sorte de lacune à ce niveau.

Diagnostic. — Cancer de l'estomac au début ou ulcère probablement dégénéré.

L'intervention est proposée au mari, mais des circonstances particulières repoussent l'opération en octobre. Pour calmer la malade, un traitement médical est institué : régime, bismuth et sirop de belladone.

En octobre, la malade ne revient pas pour se faire opérer comme c'était convenu. En novembre non plus. Le docteur Lefèvre, soupçonnant la gravité du cas, presse un de ses beaux-frères de la lui ramener. On lui répond que depuis août, la malade ne souffre plus. Elle dort bien, elle a un excellent appétit et a engraissé de 4 kilogs.

Il insiste néanmoins pour la revoir et demande de faire exécuter une nouvelle radio. Ce cliché montre que la lésion a progressé : on voit (en décembre, époque où cette radio est prise) une grosse image lacunaire au niveau de la région prépylorique.

Opération : 20 décembre 1934. Anesthésie à l'éther. On voit une volumineuse tumeur de la région antrale et du pylore adhérente au mésocolon transverse avec gros ganglions le long de la petite courbure et de l'artère hépatique. Gastro-pylorectomie large enlevant les 4/5 de l'estomac.

Guérison sans incident.

L'examen de la pièce opératoire : ulcération en selle de la petite courbure sans bourgeon avec surface vernissée et rebord induré et surélevé.

A l'examen histologique : épithélioma cylindrique très actif, très avancé et envahissement ganglionnaire.

Actuellement, janvier 1936, la malade est cachectique et le péritoine est déjà envahi.

Un point très important et sur lequel on doit insister est le suivant : Lors de l'opération, la malade était en excellent état, bien colorée et paraissant jouir d'une telle santé qu'en faisant l'incision le chirurgien devant un état général aussi bon se demanda s'il n'avait pas été induit en erreur par le cliché.

Observation V

M. B..., 42 ans, vient voir le docteur Lefèvre vers la fin mai 1935.

Il présente un syndrome ulcéreux depuis 4 ans et demi : douleurs vers 4 ou 5 heures le soir avec des brûlures à gauche du creux épigastrique et des vomissements.

En 1931, ayant vu le docteur Dubourg, il a été mis au régime.

En 1934, les douleurs au lieu d'être périodiques apparaissent tous les jours à 4 heures et 5 heures de l'après-midi et vers 1 heure du matin. Il rendait quelques gorgées et les douleurs disparaissaient. Il a un peu maigri mais l'appétit est conservé.

Examen : Homme un peu amaigri, mais dont l'aspect reflète une santé florissante : rouge, haut en couleurs, le visage est même replet.

Palpation : Rien.

Radiographie : Enorme lacune au point que le pylore et une partie de l'antre ont disparus.

Opération le 4 juin. Anesthésie à l'éther. Très volumineuse tumeur au niveau de l'antre s'étendant sur la petite courbure rétractées, scléreuse jusqu'à l'œsophage, gros ganglions le long de la petite courbure, dans la région sous-pylorique, mésocolon adhérent à la face postérieure de l'estomac, gastro-pylorectomie très large.

L'examen de la pièce : aspect d'un énorme ulcère en selle de la petite courbure, à fond lisse, à bord surélevé dur. C'est un ulcère en voie de dégénérescence.

A l'examen histologique : épithélioma cylindrique, les ganglions sont envahis.

Suites opératoires normales.

En septembre, le malade a engraissé de douze kilogs. En Janvier 1936, il revient voir le docteur Lefèvre, car il souffre

de coliques douloureuses dans le ventre. Son appétit a diminué. A l'examen, sa mine est aussi florissante qu'avant l'opération, mais à la palpation, on sent disséminés dans le péritoine, des noyaux durs, indiquant la généralisation.

Observation VI

Mme X..., 58 ans, vient à la consultation du docteur Joseph Traissac pour de légers troubles dyspeptiques et surtout parce qu'une voisine ayant eu un cancer de l'estomac, elle craint elle-même d'en être atteinte. D'elle-même, elle est allée se faire radiographier à l'hôpital Saint-André. C'est une personne d'un aspect physique excellent. Son teint est coloré. Son poids n'est pas modifié, la symptomatologie est extrêmement fruste : elle a simplement des digestions lentes et quelques pesanteurs post-prandiales. On ne pourrait soupçonner, à la voir, l'étendue de la lésion gastrique que le cliché radiographique qu'elle apporte montre, en effet. On aperçoit une énorme image lacunaire.

Une intervention chirurgicale lui est proposée, mais qu'elle refuse énergiquement, n'ayant pas maigri et ne souffrant que fort peu.

Elle meurt six mois après par métastase hépatique.

Chapitre III

SYNTHESE DE CES OBSERVATIONS

Le commentaire de ces observations va mettre en relief certains points extrêmement intéressants de cette affection néoplasique :

1° *Le sexe :* nous sommes en présence de quatre femmes et deux hommes. Est-ce à dire que le sexe féminin fournirait une contribution plus grande à la maladie que le sexe masculin ? Il serait assez téméraire, d'après une si petite statistique, d'en tirer des conclusions valables qui, de plus, infirmeraient les données classiques. Notons le fait simplement.

2° *L'âge :* là nous avons des bases plus solides. En effet, nos différents malades ont respectivement 45, 42, 44, 42, 58 ans. Cet accord presque total doit être souligné, car il est vraiment très important. Il semble que l'on assiste actuellement à un abaissement du seuil néoplasique avec l'aggravation de la lésion comme corollaire. Cette notion paraît valable, non seulement pour le cancer gastrique, mais pour le cancer en général. Ce n'est plus maintenant à partir de la cinquantaine qu'il faut avoir son diagnostic clinique orienté vers le cancer, mais à partir de la quarantaine et quelquefois même avant.

3° *Le siège :* la région pylorique et la petite courbure sont le plus souvent atteintes par le néoplasme, disent les classiques. Il en est ainsi dans nos observations.

4° *L'étiologie :* dans la première observation, la malade

a une mauvaise hygiène alimentaire provoquée par son métier de commerçante qui l'oblige à manger très vite à des heures irrégulières, à se déranger de table, et, par conséquent, à fatiguer son estomac par une insuffisance de mastication. C'est là un point important et qui mérite d'être souligné : une fatigue anormale de l'estomac génératrice, pour une part du moins, de néoplasme. De plus, son passé gastrique n'existe pas, elle souffre de l'estomac depuis simplement quelques semaines.

Dans la deuxième observation, au contraire, la malade souffre de l'estomac depuis une dizaine d'années et semble présenter le syndrome ulcéreux avec une sténose pylorique surajoutée.

La troisième observation est absolument similaire ; un syndrome ulcéreux depuis plusieurs années avec des accidents de sténose.

La quatrième observation : cette malade souffre depuis une vingtaine d'années, d'une façon intermittente et classique indiquant un ulcère ; mais huit mois avant d'être examinée par le chirurgien, les douleurs deviennent continuelles et semblent indiquer la transformation de l'ulcère en néoplasme.

La cinquième observation nous montre aussi un sujet présentant un syndrome ulcéreux depuis quatre ans et demi mais dont les douleurs cessent d'être périodiques pour devenir continuelles.

Enfin, la sixième malade a également quelques troubles dyspeptiques et des pesanteurs, mais qui ne semblent guère être bien marquées.

Il semblerait donc, d'après ces observations, que le cancer ne surviendrait que sur un terrain fatigué ou déjà malade : fatigué par une mauvaise hygiène alimentaire ou malade par la présence antérieure d'un ulcère. Cet ulcère, par la suite, se transformerait en cancer : c'est l'ulcérocancer. Quoique à ce sujet, les opinions varient : R. Tripier

admet qu'il s'agit en réalité, et dès le début, de lésions néoplasiques mais à évolution très lente et à tendance ulcéreuse. Quoi qu'il en soit, l'affection se traduit cliniquement par des symptômes d'ulcères, évolue pendant plusieurs années et se termine par un cancer. Mais à partir du moment où la transformation se fait, le tableau clinique change : les douleurs ne sont plus les mêmes et ne sont plus régulières et les moyens que l'ulcéreux employait pour calmer sa douleur ne donnent plus les mêmes résultats.

5° *Eléments du diagnostic.* – Les six malades dont nous étudions l'histoire sont tous venus voir leur médecin parce qu'ils souffraient de l'estomac : éprouvant soit des « tenaillements », soit des douleurs continues après avoir éprouvé des douleurs périodiques ulcéreuses. L'élément douleur semble donc être constamment relevé dans la genèse du néoplasme.

On note également des nausées et des vomissements.

L'examen physique est presque constamment négatif.

L'examen radiographique, qui est un complément indispensable nous montre : dans la première observation, une région pylorique peu nette ; dans la quatrième et la cinquième, une énorme image lacunaire. Nous n'avons pas l'examen radiographique des deuxième et troisième observations, mais il a sûrement été fait.

L'examen chimique du suc gastrique doit aussi être fait : dans notre première observation, où le diagnostic, à première vue, paraissait très difficilement s'orienter vers le néoplasme, nous relevons de l'anachlorhydrie, ce qui est tout à fait classique.

6° *Le traitement.* — Pour la première observation, la laparotomie a été le seul acte chirurgical, l'étendue des lésions étant telle qu'elle contre-indiquait toute idée d'exérèse. Pour la deuxième et la troisième, le chirurgien effectue une gastro-entérostomie postérieure trans-méso-colique, avec comme complément, trois semaines après (pour la

malade n° 2 seulement) une pyloro-gastrectomie. Pour la quatrième et la cinquième, gastro-pylorectomie très large.

7° *Examen histologique.* — Lorsqu'il a été pratiqué, il montre un épithélioma cylindrique.

8° *Evolution.* — C'est un point très important que de savoir, en effet, l'évolution des malades opérés dans des conditions quelquefois dangereuses et supportant des exérèses parfois étendues.

Notre première malade, n'ayant pu supporter le choc opératoire, meurt quelques heures après l'intervention.

Notre deuxième malade reste bien portante pendant dix-huit mois, au bout desquels elle fait une métastase pelvienne dont elle meurt.

Notre troisième malade meurt cinq à six mois après de métastases hépatiques.

Le quatrième, opéré en décembre 1934, est cachectique en janvier 1936 et le péritoine semble être envahi.

Le cinquième, opéré en juin 1935, présente en janvier 1936 une diminution d'appétit et des noyaux durs disséminés dans le péritoine.

La sixième malade, n'ayant pas consenti à l'opération meurt de métastases hépatiques six mois après.

La survie en général n'est que de quelques mois. Alors, apparaissent des dissémination péritonéales ou hépatiques qui emportent le malade.

Pour résumer les commentaires de ces observations, nous pouvons aboutir aux conclusions suivantes :

Chez tout sujet aussi bien homme que femme, ayant dépassé la quarantaine, souffrant de l'estomac depuis peu de temps ou depuis longtemps, sans se laisser influencer par un bon état général, un examen radiographique s'impose, complété, au besoin, par l'examen du suc gastrique. Mais l'examen radiographique étant de beaucoup le plus important.

Au besoin même, une laparotomie exploratrice serait légitimée par la bénignité de l'opération, démasquerait ainsi le néoplasme le plus tôt possible et permettrait de prendre les mesures thérapeutiques qui s'imposent, c'est-à-dire une ablation large de la tumeur. R. Soupault (*Pratique médico-chirurgicale* — article sur le cancer de l'estomac) ne dit-il pas, en effet : « Le développement d'un cancer gastrique est d'une telle sournoiserie qu'on ne saurait contester ici la légitimité d'une laparotomie exploratrice, préférable certes à la néfaste expectative. Quand un symptôme indubitable survient, il est souvent trop tard. »

Chapitre IV

ESSAI DE PATHOGENIE

Il nous paraît intéressant maintenant d'étudier ce problème déconcertant en apparence : c'est-à-dire la coexistence d'un cancer avec un aspect général floride. On s'attendrait bien plutôt à se trouver en présence d'un malade amaigri, émacié, à teinte jaune paille, selon l'expression classique. Or, nous venons de le voir, il n'en est rien. Nos malades sont loin d'être anémiés, c'est justement ce fait-là qui est important, car il paraît assez normal d'associer le terme de cancer avec le terme de floride, ces deux mots paraissant au contraire être antagonistes l'un de l'autre. Voyons donc, tout d'abord, comment est provoquée l'anémie dans le néoplasme.

Plusieurs facteurs peuvent être relevés à son origine :

1° L'Hémorragie. — Dans les formes dont nous nous occupons, elle est minime, pour ne pas dire inexistante. Ce sont des tumeurs qui ne saignent pas. Macroscopiquement, on voit que la pièce opératoire n'a pas de bourgeons ulcérés. Elle est vernissée, dure, irrégulière, mais non friable.

2° La Résorption des substances toxiques. — En effet, les sécrétions de la tumeur, l'infection dont elle est toujours le siège, les fermentations microbiennes et les produits qui en résultent y concourent à la fois.

Les cellules cancéreuses versent des produits de sécrétion multiples dont l'action est d'autant plus grande que la sécrétion chlorhydrique est affaiblie. De plus, la fonte de

ces cellules met en liberté des globulines et des albumines qui, elles aussi, ont une action irritante. L'infection favorisée par le milieu de culture remarquable de l'estomac fonctionnant mal est réalisée par la pullulation de bacillus subtilis, d'amylobacter, de coli, d'entérocoque, de pyocyanique. Tous ces germes sécrètant des toxines ou des produits nocifs les lancent dans l'organisme et contribuent à l'affaiblissement général du sujet.

3° L'altération et la destruction de la muqueuse gastrique par le processus néoplasique.

Or, dans cette forme floride, l'hémorragie est nulle, nous venons de le voir, et la muqueuse gastrique est respectée par le cancer.

D'un côté donc, aucune perte de sang qui puisse, par sa répétition, anémier le malade.

D'un autre côté, une muqueuse saine, pouvant encore jouer son rôle dans la digestion stomacale et conservant au sujet son appétit. C'est, en effet, une forme infiltrée qui n'atteint pas profondément la muqueuse.

Ces deux points nous semblent être intéressants et peuvent expliquer la floridité de ce cancer.

Cette absence d'anémie avec la conservation d'un bon état général est justement le danger de cette forme, le médecin pouvant très facilement passer à côté du véritable diagnostic.

L'explication que nous venons de donner aurait alors une conclusion extrêmement pratique et que nous allons développer en quelques lignes : un sujet atteint de cancer de l'estomac est profondément anémié, non pas par l'hémorragie, mais par l'atteinte de la muqueuse envahie par le néoplasme. Elle ne peut donc jouer son rôle ; mais, ne pourrait-on pas essayer de la suppléer et de réaliser alors l'opothérapie gastrique comme on fait ce genre de thérapeutique dans de nombreuses maladies dues à la déficience de glandes à sécrétion interne ?

En effet, les travaux de ces dernières années ont montré que, non seulement, l'estomac était une glande à sécrétion externe chlorhydro-peptique, mais aussi une glande à sécrétion interne constituée par plusieurs hormones dont l'hormone anti-anémique serait la plus importante. De nombreux auteurs se sont occupé de cette question qui, au premier abord, paraissait assez extraordinaire.

Flandin et Sabrazès ont montré que le rôle hormonal hématique de l'estomac à l'état normal est plus important que celui du foie.

De tout temps, on a noté la fréquence de l'achylie gastrique dans l'anémie pernicieuse (98 % d'après Naegéli).

P.-E. Morhardt et C. Dreyfus ont remarquablement exposé le rôle de l'estomac dans la pathogénie de l'anémie pernicieuse. Castle, Sturgis, Isaacs, Wilkinson ont montré qu'une certaine carence gastrique intervient au premier chef dans la maladie de Biermer.

L'estomac normal élabore une substance antipernicieuse qui, à l'état physiologique, s'oppose, selon l'expression de A. Lemaire et de P. Lambin « à la réversion du sang vers son type embryonnaire ». Ce ne sont pas les éléments communs du suc gastrique : papsine ou acide chlorhydrique pas plus que la salive, les sucs duodénaux qui agissent. Il existe, d'après Brower et Simpson, dans le suc gastrique une hormone thermolabile détruite à 45°. Cette substance existe dans le suc gastrique des herbivores, des carnivores, des omnivores. Le principe actif n'est ni une protéine, ni un ferment, c'est une hormone qui agit par stimulation de la moelle ossense. D'après Wilkinson, Lemaire et Lambin à poids égal, l'opothérapie gastrique est bien plus efficace que le traitement par le foie. Sous l'influence de ce traitement, par les extraits gastriques, le sang des anémiques se régénère suivant une hématopoïese plus physiologique.

Il serait donc tout à fait logique de donner sous forme

d'extrait de muqueuse gastrique cette hormone déficiente qui y est contenue en grande abondance.

Et si le résultat thérapeutique n'était pas bien net, on aurait tout au moins respecté le vieil adage médical : *primo non nocere* qui doit être à la base de notre conduite dans l'art difficile de guérir nos semblables.

CONCLUSIONS

Parmi les formes diverses et paradoxales du cancer de l'estomac, nous venons de décrire une forme rare : la forme floride.

Nous ne l'avons pas rencontrée chez des sujets âgés. Elle paraît résulter souvent de l'ulcéro-cancer. La tumeur qui donne lieu à la forme floride semble envahir surtout les lymphatiques et intéresser beaucoup moins la muqueuse. C'est probablement cette particularité qui explique cette forme clinique.

Elle est difficile à dépister.

Derrière une aspect extérieur qui peut rester excellent, les dégâts néoplasiques peuvent être considérables. Dans le polymorphisme habituel du cancer de l'estomac, il faut avoir l'attention attirée sur la forme floride et ne pas hésiter à recourir très vite à de bons clichés radiographiques. Dans ces conditions, sa fréquence apparaîtra peut-être plus grande que ne le laisseraient supposer les quelques observations de notre modeste ouvrage.

SERMENT

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais

un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu :
Le Doyen,
Pierre MAURIAC.

Vu, bon à imprimer
Le Président.
PAPIN.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 10 juillet 1936.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

BARD. — *Les formes cliniques du cancer de l'estomac* (*Semaine médicale,* 24 août 1904).

BROUARDEL et GILBERT. — *Traité de médecine et de thérapeutique.*

Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1854, tome 4, p. 19, 1862, p. 30.

CHESNEL. — *Etude clinique sur le cancer latent de l'estomac* (thèse de Paris, 1877).

DAGRON. — *Cancer latent de l'estomac et péritonite cancéreuse* (*Progrès médical,* Paris, 1886 - 784, 786).

DEBOVE, ACHARD, CASTAIGNE. — *Manuel des maladies du tube digestif.*

DELBET. — *Cancer de l'estomac* (*Progrès médical,* Paris, 1914, 135, 138).

FERREOL. — Observation citée (*Annales de gynécologie,* 1874, p. 175).

GARRET. — *Contribution à l'étude du cancer de l'estomac, du conjonctif sous-muqueux.* (Thèse de Lyon 1892/1893.)

GOURMAUD. — *Contribution à l'étude du cancer latent de l'estomac* (thèse de Bordeaux, 1888/1889).

GUILLON. — *Du carcinome latent de l'estomac et du carcinome à forme fruste* (thèse de Paris, 1888).

HARTMANN. — *Cancer de l'estomac* (*Presse médicale,* 1919, XXVII, 245, 247).

KANDEL. — *Des formes anormales du cancer de l'estomac* (thèse de Nancy, 1897, 1898).

LEGLAND. — *Carcinome latent de l'estomac ; mort par hématémèse foudroyante* (*Journal des sociétés médicales de Lille,* 1906, p. 533-537).

LOEPER, FAROY, DEBRAY. — *Anémie du cancer de l'estomac* (*Progrès médical,* 1921 - 244, 246).

LOEPER et MARCHAL. — *Fonctionnement de la muqueuse gastrique dans le cancer de l'estomac* (*Progrès médical,* n° 45, 11 novembre 1922).

MARCORELLES. — *Anémie et cancer de l'estomac* (thèse de Paris, 1909/1910).

MATHIEU. — *Etat de la muqueuse de l'estomac dans le cancer de cet organe* (Archives générales de médecine. Paris, 1889, i, 402, 561).

MATHIEU. — *Les maladies de l'estomac et du tube digestif.*

MOUZON. — *Le traitement des anémies par la méthode de Castle* (*Presse médicale,* 21 juin 1930).

LE NOIR, AGASSE-LAFONT. — *Tumeurs gastriques* (Traité de médecine de Roger Vidal et Teyssier).

LE NOIR, LIÈGE. — *Conservation de l'appétit et boulimie dans le cancer gastrique* (*Progrès médical,* 25 juin 1927, 985, 989).

PERROCHAUD. — *Notes sur le cancer latent de l'estomac* (*Gazette médicale de Nantes,* 1887/1888, 63, 66).

PREVEDOURAKIS. — *Cancer et boulimie* (*Paris médical,* 30 mars 1929, 306, 311).

RESIBOIS. — *De quelques formes anormales du cancer de l'estomac* (thèse de Paris, 1898/1899).

ROBIN. — *Les maladies de l'estomac.*

ROUSSEAU. — *De quelques formes et cas rares du cancer de l'estomac* (thèse de Paris, 1911-1912).

SABRAZÈS. — *Traitement de l'anémie pernicieuse de Biermer et de l'anémie chronique hypochrome avec forte hypochlorydrie, anachlorydrie ou achylie* (*Monde médical* 1er/15 juin 1933, p. 722).

SOUPAULT. — *Traité des maladies de l'estomac.*

THIBAULT. — *Formes anormales du cancer de l'estomac* (*Gazette des hôpitaux de Paris,* 1912, 405, 411).

WORMS. — *Cancer des ganglions susclaviculaires gauches secondaire à un cancer latent de l'estomac* (*Société anatomique de Paris,* 1908).

Imp. Bière, 18, rue du Peugue, Bordeaux (France). — 1936.